附件1

**高新区居民长期护理保险申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人信息栏 | 参保人姓名 |  | 性别 |  | | 年龄 |  |
| 身份证件号码 |  | | | | | |
| 社会保障卡号 |  | | | | | |
| 居住地址 |  | | | | | |
| 手机号码 |  | | | 备用联系  电话号码 | |  |
| 居住状况 | □独居 □与配偶/伴侣居住 □与子女居住 □与父母居住 □与兄弟姐妹居住 □与其他亲属居住  □与非亲属关系的人居住 □养老机构 □医院 | | | | | |
| 照护者 | 当需要帮助时（包括患病时），谁能来照料：  □配偶 □子女 □亲友 □保姆 □护工  □医疗人员 □没有任何人 □其他： | | | | | |
| 代理人信息栏 | 代理人姓名 |  | 身份证号码 | | | |  |
| 与参保人关系 |  | | | | | |
| 联系地址 |  | | | | | |
| 手机号码 |  | | | 备用联系  电话号码 | |  |
| 申报事项确认栏 | 申请护理保险服务形式（请打√选择）  □1.机构护理 □2.居家护理 | | | | | | |
| **承诺事项：**以上情况和所提供材料均真实有效，且同意将评估结果在一定范围内公示。如有不实，本人愿意承担相应法律责任。  申请人（签字）： 年 月 日 | | | | | | | |
| **疾病诊断名称：** | | | | | | | |

**备注**：递交材料详细清单1.参保人身份证或社保卡原件和复印件；2.代办人身份证原件和复印件及与参保人关系证明材料；3.参保人病历、诊断证明、检查检验报告单有效复印件。